Demande d'adhésion mutual santé

Garanties diffusées par Mutual Santé en partenariat avec Groupe France Mutuelle et Covea Risks

damutual

Pour votre adhésion, la meilleure solution, la plus simple et la plus rapide est de nous appeler au 01.41.32.34.85.
Nous remplirons ensemble par téléphone votre demande d'adhésion et vous adresserons une confirmation immédiate par courrier et par mail.
Mais vous pouvez si vous le souhaitez, imprimer cette demande d'adhésion et la renvoyer par courrier

Imprimez ce formulaire et envoyez-le dûment complété et signé.
Pour vous aidez à remplir votre demande d'adhésion, appelez-nous au 01.41.32.34.85.

mutual santé

25 RUE DES BAS
92 600 ASNIERES

L' ADHERENT

N° Sécurité Sociale :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Portable :

Adresse :

Profession :

LES ASSURES

Nom :	Prénom :	Date de naissance :

Le mode d'emploi

1 - complétez lisiblement les rubriques "l'adhérent" ; "les assurés".
2 - indiquez en toutes lettres la formule que vous avez choisie. Notez la cotisation correspondante.
3 - choisissez la date du prélèvement.
4 - datez et signez le formulaire dans la case ci-dessous
5 - complétez et signez l'autorisation de prélèvement ci-dessous (ou joindre un chèque de 12 mensualités).
6 - Si possible, joindre un RIB.
7 - envoyez un exemplaire de cette demande par courrier à l'adresse suivante
MUTUAL SANTE - 25 RUE DES BAS - 92600 ASNIERES

Très important

Vous recevrez une confirmation de l'enregistrement de votre demande sous 8 jours. Si vous n'avez rien reçu passé ce délai appelez-nous immédiatement au 01.41.32.34.84.

LA GARANTIE CHOISIE

(Ecrivez en toutes lettres : formule 1 - 2 - 3 - etc...)

La date d'effet

*La date d'effet retenue sera le 1er du mois **suivant la réception** de votre demande d'adhésion*

La cotisation

• *par mois* — *sous réserve de la validité des informations fournies*

La cotisation est fixée en fonction de l'age des assurés, du nombre des assurés, du régime social des assurés et du niveau de garantie choisie.

Le paiement

Prélèvement Mensuel obligatoire (ou chèque de 12 mensualités)

Je choisis la date du prélèvement
le 1 ☐ **le 5 / 6** ☐ **ou le 10** ☐
de chaque mois

DECLARATION DE L'ADHERENT

La présente demande d'adhésion ne fait l'objet d'aucun recueil d'informations médicales. Les cotisations ne sont donc pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes à assurer. Je reconnais avoir imprimé le présent document en 2 exemplaires et conservé le deuxième exemplaire. Je reconnais avoir pris connaissance de l'intégralité des informations contractuelles contenues dans les pages du site internet dont est issue la présente demande d'adhésion à l'adresse www.mutualsante.fr Notamment les pages suivantes : "en détail" ; "télécharger les dispositions générales" ; La présente adhésion sera conclue pour une durée minimale d'un an. Le présent document ne constitue pas une preuve d'assurance. Seule la confirmation écrite de l'enregistrement de votre demande valide l'adhésion.

Date et SIGNATURE

La présente demande d'adhésion est imprimé par l'adhérent(e) depuis le site internet www.mutualsante.fr Ce document est constitué de 2 pages : la demande d'adhésion et la synthèse des garanties et dispositions générales, valant note d'information attirant l'attention de l'adhérent sur les points-clés de la vie du contrat : durée d'engagement minimale de 12 mois - modalités à observer pour résilier - revalorisation des garanties et des cotisations.

Autorisation de prélèvement Mutuelle Santé

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier.

Numéro national d'émetteur
☐ 426 157 COVEA
☐ 421 050 AFILIA

Nom et adresse du titulaire du compte	Nom et adresse de votre agence bancaire

CODE BANQUE	CODE GUICHET	NUMERO DE COMPTE (11 chiffres)	CLE RIB

Date et SIGNATURE

COVEA RISKS SA AU CAPITAL DE 168.452.216 • RCS NANTERRE B.378.716.419 GROUPE FRANCE MUTUELLE -MUTUELLE REGIE PAR LE CODE DE LA MUTUALITE - LIVRE II - IMMATRICULEE SOUS LE N° 784 492 084 - 56 RUE DE MONCEAU - 75 008 PARIS
MUTUAL SANTE est une marque de LCA -s.a.r.l. au capital de 15 000 •. R.C.S. NANTERRE B.403.188.527. Société de Courtage en Assurances.
Garantie Financière et de Responsabilité Civile conformes aux articles L.530.1 et L.530.2 du Code des Assurances. FAX 01.41.32.34.86.
Inscription sur Liste ORIAS n° 07004253

Tableau des garanties - extrait des conditions générales valant notice d'information

mutual santé

Garanties diffusées par Mutual Santé en partenariat avec Covea Risks FORMULES 1 à 5

Vos garanties SANTESSIMO "solidaires et responsables" en parcours de soins coordonné par votre médecin traitant

Nature des dépenses	1	2	3	4	5
HOSPITALISATION					
Frais de séjour et intervention chirurgicale (établissements conventionnés ou non)	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %
Forfait Journalier Hospitalier (établissements conventionnés ou non)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre Particulière (établissements conventionnés)	---	**Frais réels**	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre Particulière (établissements non conventionnés)	---	31 E/jour	31 E/jour	31 E/jour	31 E/jour
Lit d'accompagnant (enfant assuré de moins de 16 ans)	155E/AN	155E/AN	155E/AN	155E/AN	155E/AN
Transport du malade	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %
HONORAIRES					
Médecins, généralistes, spécialistes, professeurs Auxilliaires médicaux (kiné, infirmière, pédicure podologue) Laboratoires (analyse, prélèvement, radiologie, scanner, imagerie, échographie, etc...)	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
PHARMACIE					
Médicaments et homéopathie (remboursés "Sécu") Vignettes blanches, bleues et oranges.	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
PREVENTION vaccin (forfait par an et par bénéficiaire)	55euro	55euro	55euro	55euro	55euro
OPTIQUE					
Verres et monture + lentilles (remboursées ou non par la "Sécu") Forfait par an et par bénéficiaire	55euro	110euro	166euro	221euro	221euro
DENTAIRE					
Soins dentaires, prothèses et orthodontie	100 %	125%	150 %	175 %	200 %
	---	---			
PROTHESE ET APPAREILLAGE auditif ou orthopédique	100 %	100 %	100 %	150 %	150 %
CURES THERMALES	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
FORFAIT OBSEQUES	---	415 E	831 E	1247 E	1247 E
MATERNITE accouchement	100 %	100 %	150 %	175 %	200 %
Chambre Particulière (Etablissements conventionnés)	---	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre Particulière (Etablissements non conventionnés)	---	31 E/jour	31 E/jour	31 E/jour	31 E/jour
TIERS PAYANT pharmacie, biologie, hôpital	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
ASSISTANCE SANTE SERVICE 24H/24 - MONDE ENTIER	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
2 ACTES DE PREVENTION au choix sur la liste des actes prévu par la Sécurité Sociale (ART.871-2)	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

Remboursements sous 48 H par télétransmission Sécurité Sociale
Garde d'enfant - aide ménagère
- portage de médicaments - école à domicile
Informations téléphoniques : droits sociaux, impôts, justice, santé -
Assistance 24H/24 - Rapatriement et frais médicaux à l'étranger
Frais de télévision en cas d'hospitalisation
Garantie de la maternité en cours - femme enceinte à l'adhésion
Paiement mensuel sans aucun frais supplémentaire
Garantie vie entière (pas de résiliation pour raison de santé)

GARANTIES IMMEDIATES SANS DELAI D'ATTENTE
PAS DE QUESTIONNAIRE DE SANTE *(adhésion avant 65 ans)*



Tous ces avantages et services sont inclus dans toutes nos formules

En détail

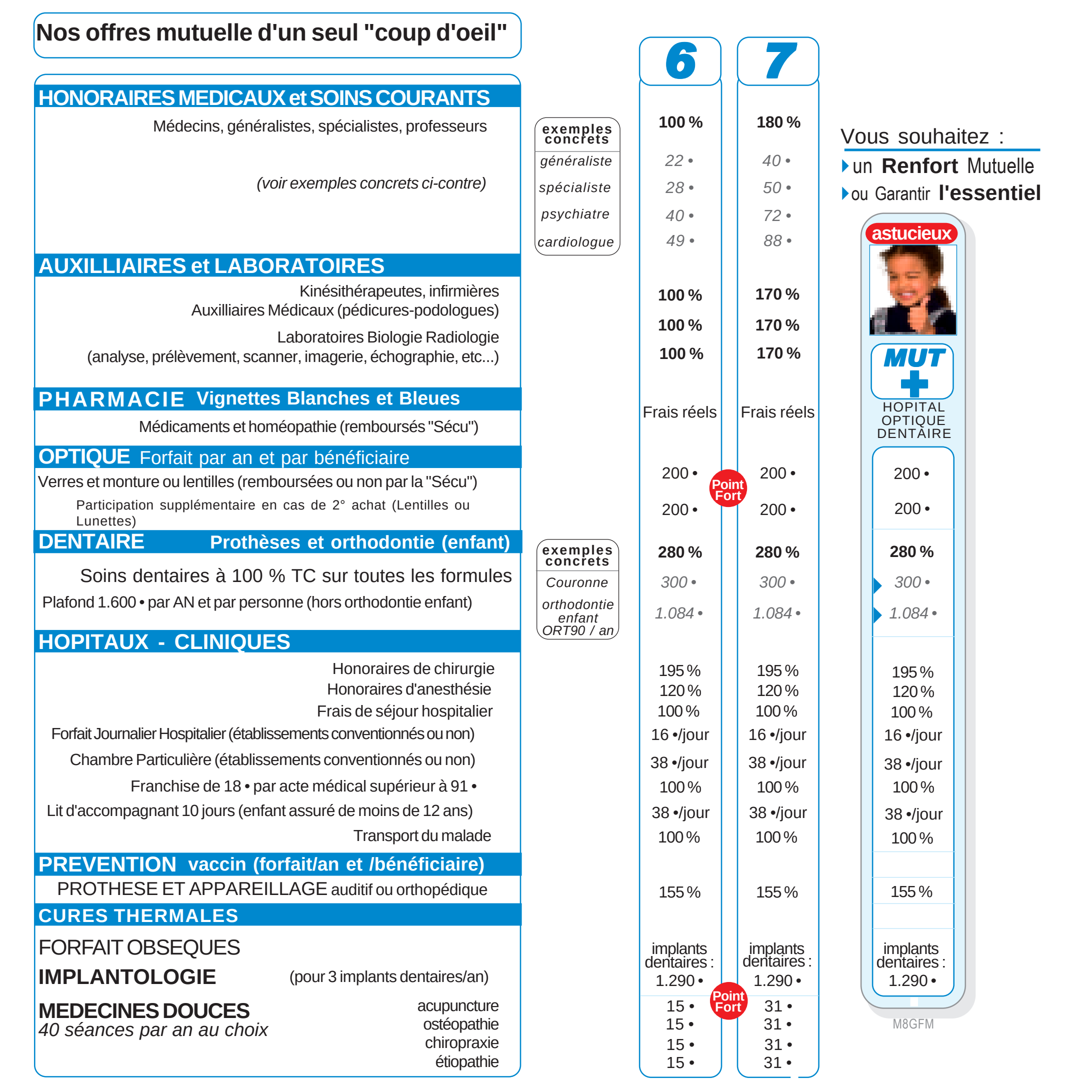
- Durée de l'adhésion engagement de l' adhérent 12 MOIS MINIMUM puis renouvelable par tacite reconduction.
- Résiliation : par lettre recommandée avec A.R. envoyée 2 mois avant l'échéance principale du 1er Janvier.
- En cas d'adhésion à une mutuelle entreprise obligatoire, résiliation dans le mois qui suit la demande justifiée.
- Garanties vie entière (pas de résiliation pour raison de santé).
- L'adhésion ne fait l'objet d'aucun recueil d'informations médicales.
- La cotisation tient compte de l'age de l'assuré et évolue de 3 % par an. Elle varie en fonction d'un indice qui reflète la consommation médicale de tous les assurés ayant les mêmes garanties que l'adhérent.
- Paiement de la cotisation par prélèvement automatique mensuel - Pas de frais de dossier - ni de frais de prélèvement.
- Les prestations sont exprimées en pourcentage des Tarifs de Convention, y compris les remboursements du Régime Obligatoire. Participation Forfaitaire appliquée par la Sécurité Sociale non remboursée.
- Garanties conformes aux exigences de la réforme "Sécurité Sociale" - Loi du 13.08.04 et ses décrets. Elles s'appliquent exclusivement dans le respect du parcours de soins prévus par cette réforme.
- Garanties souscrites auprès de nos partenaires COVEA RISKS - ex Azur Assurances (Groupe MMA ASSURANCES)
- Entreprises régies par le Code des Assurances.

Tableau des garanties - extrait des conditions générales valant notice d'information

mutual santé Garanties diffusées par Mutual Santé en partenariat avec groupe FRANCE MUTUELLE

Vos garanties SMO - groupe FRANCE MUTUELLE - formules 6 - 7 - 8 (mut+)

Nos offres mutuelle d'un seul "coup d'oeil"



Garanties	exemples concrets	6	7	MUT+ HOPITAL OPTIQUE DENTAIRE
HONORAIRES MEDICAUX et SOINS COURANTS				
Médecins, généralistes, spécialistes, professeurs		100 %	180 %	
(voir exemples concrets ci-contre)	généraliste	22 •	40 •	
	spécialiste	28 •	50 •	
	psychiatre	40 •	72 •	
	cardiologue	49 •	88 •	
AUXILLIAIRES et LABORATOIRES				
Kinésithérapeutes, infirmières		100 %	170 %	
Auxilliaires Médicaux (pédicures-podologues)		100 %	170 %	
Laboratoires Biologie Radiologie (analyse, prélèvement, scanner, imagerie, échographie, etc...)		100 %	170 %	
PHARMACIE Vignettes Blanches et Bleues				
Médicaments et homéopathie (remboursés "Sécu")		Frais réels	Frais réels	
OPTIQUE Forfait par an et par bénéficiaire				
Verres et monture ou lentilles (remboursées ou non par la "Sécu")		200 •	Point Fort 200 •	200 •
Participation supplémentaire en cas de 2° achat (Lentilles ou Lunettes)		200 •	200 •	200 •
DENTAIRE Prothèses et orthodontie (enfant)	exemples concrets	280 %	280 %	280 %
Soins dentaires à 100 % TC sur toutes les formules	Couronne	300 •	300 •	300 •
Plafond 1.600 • par AN et par personne (hors orthodontie enfant)	orthodontie enfant ORT90 / an	1.084 •	1.084 •	1.084 •
HOPITAUX - CLINIQUES				
Honoraires de chirurgie		195 %	195 %	195 %
Honoraires d'anesthésie		120 %	120 %	120 %
Frais de séjour hospitalier		100 %	100 %	100 %
Forfait Journalier Hospitalier (établissements conventionnés ou non)		16 •/jour	16 •/jour	16 •/jour
Chambre Particulière (établissements conventionnés ou non)		38 •/jour	38 •/jour	38 •/jour
Franchise de 18 • par acte médical supérieur à 91 •		100 %	100 %	100 %
Lit d'accompagnant 10 jours (enfant assuré de moins de 12 ans)		38 •/jour	38 •/jour	38 •/jour
Transport du malade		100 %	100 %	100 %
PREVENTION vaccin (forfait/an et /bénéficiaire)				
PROTHESE ET APPAREILLAGE auditif ou orthopédique		155 %	155 %	155 %
CURES THERMALES				
FORFAIT OBSEQUES				
IMPLANTOLOGIE (pour 3 implants dentaires/an)		implants dentaires : 1.290 •	implants dentaires : 1.290 •	implants dentaires : 1.290 •
MEDECINES DOUCES *40 séances par an au choix* — acupuncture		15 •	Point Fort 31 •	
ostéopathie		15 •	31 •	
chiropraxie		15 •	31 •	
étiopathie		15 •	31 •	

Vous souhaitez :
- un **Renfort** Mutuelle
- ou Garantir **l'essentiel**

astucieux

MUT+ HOPITAL OPTIQUE DENTAIRE

M8GFM

Remboursements sous 48 H par télétransmission Sécurité Sociale
Garde d'enfant - aide ménagère
- portage de médicaments - école à domicile
Informations téléphoniques : droits sociaux, impôts, justice, santé -
Assistance 24H/24 - Rapatriement et frais médicaux à l'étranger
Frais de télévision en cas d'hospitalisation
Garantie de la maternité en cours - femme enceinte à l'adhésion
Paiement mensuel sans aucun frais supplémentaire
Garantie vie entière (pas de résiliation pour raison de santé)

GARANTIES IMMEDIATES SANS DELAI D'ATTENTE
PAS DE QUESTIONNAIRE DE SANTE



Tous ces avantages et services sont inclus dans toutes nos formules

En détail

- Durée de l'adhésion engagement de l' adhérent 12 MOIS MINIMUM puis renouvelable par tacite reconduction.
- Résiliation : par lettre recommandée avec A.R. envoyée 2 mois avant l'échéance principale du 1er Janvier.
- En cas d'adhésion à une mutuelle entreprise obligatoire, résiliation dans le mois qui suit la demande justifiée.

- Garanties vie entière (pas de résiliation pour raison de santé).
- L'adhésion ne fait l'objet d'aucun recueil d'informations médicales.
- La cotisation tient compte de l'age de l'assuré et évolue de 3 % par an. Elle varie en fonction d'un indice qui reflète la consommation médicale de tous les assurés ayant les mêmes garanties que l'adhérent.

- Paiement de la cotisation par prélèvement automatique mensuel - Pas de frais de dossier - ni de frais de prélèvement.

- Les prestations sont exprimées en pourcentage des Tarifs de Convention, y compris les remboursements du Régime Obligatoire. Participation Forfaitaire appliquée par la Sécurité Sociale non remboursée.
- Garanties conformes aux exigences de la réforme "Sécurité Sociale" - Loi du 13.08.04 et ses décrets. Elles s'appliquent exclusivement dans le respect du parcours de soins prévus par cette réforme.

Garanties souscrites auprès de notre partenaire GROUPE FRANCE MUTUELLE